**ANEXO I - REQUERIMENTO À VIGILÂNCIA SANITÁRIA TIPO A**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Prefeitura Municipal de CariacicaSecretaria Municipal de SaúdeGerência de Vigilância em SaúdeCoordenação de Vigilância Sanitária |
| **Este formulário deverá ser totalmente preenchido com letra de forma ou digitado.** |
| 1. **REQUERIMENTO À VIGILÂNCIA SANITÁRIA TIPO A:**
 |
| [ ]  **Licença Sanitária Inicial**  | [ ]  **Assentimento Sanitário** |
| [ ]  **Renovação da Licença Sanitária** | [ ]  **Dispensa Sanitária** |
| [ ]  **Alteração da Licença Sanitária** | [ ]  **Certificado Veicular** |
| [ ]  **Outros:** |
| 1. **CLASSIFICAÇÃO DA ATIVIDADE**
 |
| [ ]  **BAIXO RISCO,** não se aplica o licenciamento sanitário | [ ]  **MÉDIO RISCO**, se aplica o licenciamento simplificado | [ ]  **ALTO RISCO**, se aplica o licenciamento após inspeção |
| 1. **DADOS DO REQUERENTE:**
 |
| Nome / Razão social**(\*)** |
| Nome Fantasia:  |
| Tipo de empresa**(\*)**: [ ]  MEI [ ]  Autônomo [ ]  ME ou EPP [ ]  Produtor Rural/Agricultor Familiar [ ]  Demais empresas: |
| CPF / CNPJ**(\*)**: | Inscrição Municipal**:** |
| Endereço**(\*)**: |
| Número**(\*)**:  | Complemento**(\*)**:  |
| Bairro**(\*)**: | CEP**(\*)**:  | Área do estabelecimento**(\*)**: |
| Telefone do estabelecimento**(\*)**: | E-mail do estabelecimento**(\*)**: |
| Dados do representante, SE HOUVER**(\*)**Nome**(\*)**:  |
| Telefone do representante**(\*)**: | E-mail do representante**(\*)**: |
| Responsável Técnico: | Reg. Conselho de Classe: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| O local é utilizado APENAS para escritório administrativo? **(\*)****Obs.: Não se aplica para a atividade de transporte que conforme padrão, é realizada fora do estabelecimento.** | [ ]  SIM, com importação de produtos[ ]  SIM, sem importação de produtos[ ]  SIM, endereço fiscal com prestação de serviço em outro local[ ]  NÃO |
| 1. **Horários de funcionamento:**
 |
| **DIA SEMANA** | **Manhã** | **Tarde** | **Noite** | **DIA SEMANA** | **Manhã** | **Tarde** | **Noite** |
| **Domingo** |  |  |  | **5ª feira** |  |  |  |
| **2ª feira** |  |  |  | **6ª feira** |  |  |  |
| **3ª feira** |  |  |  | **Sábado** |  |  |  |
| **4ª feira** |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **CNAEs de interesse da saúde segundo a** [**Portaria SEMUS 9/2022**](http://www.legislacaocompilada.com.br/cariacica/legislacao/norma.aspx?id=22458&tipo=22&numero=9&ano=2022)**(\*):**
 | **Exerce efetivamente? (\*)** |
|  | [ ]  Sim [ ]  Não |
|  | [ ]  Sim [ ]  Não |
|  | [ ]  Sim [ ]  Não |
|  | [ ]  Sim [ ]  Não |
|  | [ ]  Sim [ ]  Não |
|  | [ ]  Sim [ ]  Não |
|  | [ ]  Sim [ ]  Não |
| 1. **TERMO DE RESPONSABILIDADE SANITÁRIA - AUTODECLARAÇÃO:**
 |
| **6.1)Declaro, para os devidos fins, sob pena das sanções cabíveis, conforme legislação vigente, que sou responsável pela(o):**I. Observância dos requisitos de segurança sanitária relacionados à atividade que desenvolvo;II. Cumprimento dos prazos estabelecidos e registrados pela autoridade sanitária, quanto às condições impostas para o exercício das atividades econômicas de interesse da saúde;III. Requerimento de novo licenciamento ou dispensa sanitária sempre que:a) Realizar alteração contratual com inserção ou exclusão de atividades de interesse à saúde efetivamente exercidas;b) Iniciar atividades de interesse à saúde não licenciadas em Licença Sanitária vigente;c) Iniciar atividades de interesse à saúde classificadas como alto risco;IV. Comunicação nos casos de quaisquer intervenções que impliquem em alteração da estrutura física ou dos usos a que se destinam os ambientes, bem como incorporação de novas atividades ou tecnologias;V. Comunicação do encerramento das atividades do estabelecimento.**6.2)Declaro estar ciente que:**I. Caso sejam verificadas divergências ou desconformidade nas informações prestadas no requerimento de licenciamento sanitário, o alvará emitido por rito simplificado poderá ser anulado;II. A legislação sanitária deverá ser cumprida, garantindo o gerenciamento do risco sanitário com a adoção das medidas apropriadas a minimização dos riscos à saúde da população na prestação dos serviços e/ou fornecimento de produtos de interesse a saúde;III. O cumprimento dos requisitos de segurança sanitária para o exercício de determinada atividade econômica será verificado por meio de inspeção sanitária e/ou análise documental;IV. A autoridade sanitária, no desempenho de suas atribuições e atendidas as formalidades legais, tem livre acesso, em qualquer dia e hora, a estabelecimentos, ambientes e serviços de interesse direto ou indireto para a saúde, para inspeção e aplicação de medidas de controle sanitário;V. **É meu dever manter a documentação pertinente à atividade, vigente, e disponível para avaliação das autoridades sanitárias no local de exercício da atividade**;VI. As ações de fiscalização de vigilância sanitária às quais minha(s) atividade(s) está(ão) submetida(s) são/serão objeto de lançamento da taxa de Vigilância Sanitária, sendo de minha responsabilidade o acompanhamento da geração do boleto pelo site da prefeitura, bem como seu pagamento. A ausência do pagamento da taxa, após 30 (trinta) dias de sua emissão, inscreverá o débito em dívida ativa.**6.3)Em caso de atividade de interesse da saúde que para o regular exercício dependa de responsabilidade técnica:****I. Declaro que consta registro de técnico habilitado, junto ao conselho profissional, conforme documentação comprobatória anexa.** **6.4)Em caso de empresas que realizam o transporte de produtos de interesse da saúde**:I. Declaro que para o transporte são utilizados veículos próprios e ou contratado conforme cópias anexas dos documentos veiculares.**6.5)Declaro que o(s) telefone(s) e e-mail(s) informado(s) neste requerimento é(são) oficial(is) da empresa e autorizo previamente o envio de informações por esta via, estando ciente que é de nossa responsabilidade informar à Prefeitura Municipal de Cariacica sempre que houverem mudanças de correio eletrônico.** |
| Data**(\*)**:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | Assinatura do Proprietário/Representante Legal (Procurador) **(\*)**: |
| **QUALQUER RASURA INVALIDA ESTE FORMULÁRIO.****CAMPOS MARCADOS COM (\*) SÃO DE PREENCHMENTO OBRIGATÓRIO.** |